UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 101

**FACULTE DE MEDECINE**

DES

# VULVO-VAGINITES

## CHEZ LA PETITE FILLE

## LEUR TRAITEMENT

# THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

**Le 27 Juillet 1910**

PAR

René CHARBONNEL

Né à Miliana (département d'Alger), le 11 décembre 1875

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

| | | |
|---|---|---|
| **Examinateurs de la thèse** | BAUMEL, Professeur, | *Président.* |
| | GRANEL, Professeur | *Assesseurs* |
| | VIRES, Agrégé. | |
| | SOUBEYRAN, Agrégé. | |

MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et quai du Verdanson

1910

DES

# VULVO-VAGINITES

## CHEZ LA PETITE FILLE

### LEUR TRAITEMENT

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE

N° 101

DES

# VULVO-VAGINITES

## CHEZ LA PETITE FILLE

## LEUR TRAITEMENT

## THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

**Le 27 Juillet 1910**

ACAD. LUGDUNI BIBL.

PAR

René CHARBONNEL

Né à Miliana (département d'Alger), le 11 décembre 1875

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Examinateurs de la thèse**

BAUMEL, Professeur, *Président.*
GRANEL, Professeur.
VIRES, Agrégé. } *Assesseurs.*
SOUBEYRAN, Agrégé.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI
Rue Ferdinand-Fabre et quai du Verdanson

1910

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

## Administration

MM. MAIRET (✲). . . . . DOYEN
SARDA. . . . . ASSESSEUR
IZARD. . . . . SECRÉTAIRE

## Professeurs

| | |
|---|---|
| Clinique médicale . . . . . | MM. GRASSET (✲) Chargé de l'enseign[t] de pathol. et thérap. génér |
| Clinique chirurgicale . . . . . | TÉDENAT (✲). |
| Thérapeutique et matière médicale. . . . | HAMELIN (✲) |
| Clinique médicale. . . . . | CARRIEU. |
| Clinique des maladies mentales et nerv. | MAIRET (✲). |
| Physique médicale . . . . . | IMBERT. |
| Botanique et hist. nat. méd. . . . . | GRANEL. |
| Clinique chirurgicale . . . . . | FORGUE (✲) |
| Clinique ophtalmologique. . . . . | TRUC (✲). |
| Chimie médicale. . . . . | VILLE. |
| Physiologie . . . . . | HEDON. |
| Histologie . . . . . | VIALLETON |
| Pathologie interne. . . . . | DUCAMP. |
| Anatomie. . . . . | GILIS (✲). |
| Clinique chirurgicale infantile et orthop. | ESTOR. |
| Microbiologie . . . . . | RODET. |
| Médecine légale et toxicologie . . . . . | SARDA. |
| Clinique des maladies des enfants . . . . | BAUMEL. |
| Anatomie pathologique . . . . . | BOSC. |
| Hygiène. . . . . | BERTIN-SANS (H.) |
| Pathologie et thérapeutique générales . . | RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale. |
| Clinique obstétricale. . . . . | VALLOIS. |

*Professeurs adjoints :* MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET
*Doyen honoraire :* M. VIALLETON
*Professeurs honoraires :* MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

## Chargés de Cours complémentaires

| | |
|---|---|
| Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées | MM. VEDEL, agrégé. |
| Clinique annexe des mal. des vieillards. . | VIRES, agrégé. |
| Pathologie externe . . . . . | LAPEYRE, agr. lib. |
| Clinique gynécologique. . . . . | DE ROUVILLE, prof. adj. |
| Accouchements.. . . . . | PUECH, Prof. adj. |
| Clinique des maladies des voies urinaires | JEANBRAU, agr. |
| Clinique d'oto-rhino-laryngologie . . . . | MOURET, Prof. adj. |
| Médecine opératoire. . . . . | SOUBEYRAN, agrégé. |

## Agrégés en exercice

| | | |
|---|---|---|
| MM. GALAVIELLE | MM. SOUBEYRAN | MM. LEENHARDT |
| VIRES | GUERIN | GAUSSEL |
| VEDEL | GAGNIERE | RICHE |
| JEANBRAU | GRYNFELTT Ed. | CABANNES |
| POUJOL | LAGRIFFOUL. | DERRIEN |

## Examinateurs de la Thèse

MM. BAUMEL, *prof., présid.* | VIRES, *agrégé.*
GRANEL, *professeur.* | SOUBEYRAN, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

*Je dédie ce travail :*

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Faible témoignage de mon profond amour filial.*

A MON BEAU-FRÈRE, A MA SŒUR
ET A MA NIÈCE

*Témoignage de mon inaltérable affection.*

MEIS ET AMICIS

A TOUS CEUX QUI SE MONTRÈRENT BONS
POUR MOI

R. CHARBONNEL.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BAUMEL

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE INFANTILE A LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GRANEL

PROFESSEUR D'HISTOIRE NATURELLE MÉDICALE A LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

A Monsieur le Professeur-agrégé VIRES

A Monsieur le Professeur-agrégé SOUBEYRAN

R. CHARBONNEL.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MONTPELLIÉR

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GRASSET

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

R. CHARBONNEL

A MONSIEUR LE PROFESSEUR REY

PROFESSEUR DE PHYSIOLOGIE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE D'ALGER

*Qui nous témoigna toujours une si grande sympathie, nous sommes heureux de l'en remercier ici.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR ETIENNE CABANES

PROFESSEUR SUPPLÉANT A LA FACULTÉ DE MÉDECINE D'ALGER

*Témoignage de vive sympathie et de sincère amitié.*

R. CHARBONNEL.

A MONSIEUR LE DOCTEUR Paul MOITESSIER

*Témoignage de vive reconnaissance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR BARBORIN

DE JOINVILLE-LE-PONT

*En souvenir de l'intérêt affectueux*
*qu'il nous a toujours témoigné.*

R. CHARBONNEL

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES HOPITAUX D'ALGER

R. CHARBONNEL.

# AVANT-PROPOS

Le plus souvent, dans l'avant-propos des thèses de médecine, on retrouve des lignes qui, à force d'être répétées, finissent par être banales ; cependant de cette banalité, il ne faut pas conclure que les sentiments qui y sont exprimés sont moins sincères.

C'est une grande joie pour nous de remercier d'abord nos parents qui nous témoignèrent tant d'affection, de bonté et d'indulgence. Que notre excellent père et que notre bonne mère, toujours prêts à nous pardonner nos fautes et à nous trouver des excuses, reçoivent ici l'assurance de notre grand respect et de notre dévouement filial ; qu'ils puissent longtemps encore, nous en faisons le vœu sincère, nous conseiller et nous diriger dans la vie.

Que notre sœur et notre beau-frère soient assurés de notre fraternelle affection, leur appui nous fut plusieurs fois précieux et ils savent que nous ne l'oublierons jamais ; nous leur adressons nos sentiments affectueux et sincères ainsi qu'à notre nièce qui nous fut toujours si affectionnée.

A nos maîtres et, d'abord, à ceux qui nous firent l'honneur de faire partie du jury de notre thèse, nous tenons à dire merci.

Que M. le professeur Baumel qui nous l'a inspirée et qui a bien voulu en accepter la présidence, reçoive ici l'hommage de nos remerciements et de notre vive gratitude.

M. le professeur Granel nous a prodigué de nombreuses

marques de sympathie et sa bienveillance nous fut toujours acquise, nous en avons été profondément touché et nous lui adressons l'assurance de nos sentiments bien respectueux et reconnaissants et nous faisons les vœux les plus sincères pour son bonheur et celui de sa famille.

Que M. le professeur agrégé Vires nous permette de lui adresser l'hommage de notre dévouement sans bornes et de notre infinie gratitude. Nous remercions en lui le médecin qui nous a prodigué si souvent ses soins dévoués, l'ami dont l'appui bienveillant et précieux ne nous a jamais fait défaut et le maître vénéré que nous admirons et dont les leçons cliniques sont si claires et si profitables ; qu'il nous permette d'être et de rester toujours son reconnaissant obligé.

M. le professeur agrégé Soubeyran nous a montré, comme à d'autres camarades, qu'il était le maître et l'ami ; nous en avons pour preuve les marques de sympathie et d'intérêt qu'il nous a toujours témoignées durant nos études ; nous lui adressons ici nos meilleurs remerciements.

Nous sommes heureux maintenant de remercier certains de nos maîtres et tout particulièrement M. le professeur Forgue. Nous avons suivi ses leçons cliniques et nous avons puisé dans son enseignement si clair, si précis et d'un intérêt si pratique les notions de chirurgie que nous avons le bonheur de posséder. Par son accueil si bienveillant et l'intérêt qu'il nous a témoigné à maintes reprises, il a droit à notre sincère reconnaissance et à notre profond dévouement. Nous resterons toujours son obligé.

M. le professeur Grasset a bien voulu s'intéresser à nous ; qu'il accepte ici l'hommage de nos sentiments reconnaissants et respectueux et de notre grande admiration.

Que M. le professeur Sarda dont la bienveillance pour nous s'est affirmée à maintes reprises soit assuré que nous

sommes heureux de l'en remercier et qu'il soit assuré de notre sincère attachement.

Que MM. les professeurs Rauzier, Estor, Ducamp, Carrieu et Mouret, dont la bienveillance nous fut acquise, reçoivent l'expression de notre reconnaissance ainsi que MM. les professeurs Guérin-Valmale et Léon Imbert, de l'Ecole de médecine de Marseille.

MM. les professeurs agrégés Riche, Lagriffoul, Leenhardt et Cabannes furent pour nous des amis en même temps que des maîtres bienveillants ; qu'ils soient toujours assurés de notre grande sympathie ainsi que MM. les professeurs agrégés Massabuau, Euzière et Martin.

Adressons tout spécialement nos sentiments de sincère gratitude à M. le docteur Paul Moitessier ; nous n'oublierons jamais ce qu'il a fait pour nous, et c'est avec reconnaissance que nous le prions de croire à nos meilleurs sentiments.

A la Faculté d'Alger, où nous avons commencé nos études, certains de nos maîtres nous ont témoigné beaucoup de sympathie et de bienveillance ; qu'ils se reconnaissent ici et qu'ils acceptent l'expression de notre vive gratitude.

Nous adressons un sympathique souvenir à MM. Roger, L. Bousquet, Rimbaud, chefs de clinique et aux docteurs Florence, Maurice Jourdan et Vidal.

Le docteur Pellat a partagé souvent nos joies et nos peines et nous a toujours témoigné une affectueuse sympathie et un attachement sincère ; nous l'en remercions ainsi que les docteurs Georges Sicard, Edouard Battandier, Auguste Cabanes, François Granel et Gueit qui se montrèrent toujours pour nous des amis sincères et dévoués.

Le docteur François Maillet, chef de clinique médicale infantile, sait combien est grande l'amitié que nous avons pour lui. Nous le remercions du concours qu'il nous a si

obligeamment prêté pour la rédaction de ce travail et nous l'assurons de notre vive sympathie.

A nos camarades enfin nous voulons adresser un souvenir amical ; à ceux qui nous témoignèrent de la sympathie, nous disons bien sincèrement merci, sans nommer personne de peur d'oublier quelqu'un et ceux à qui va notre reconnaissance vive et durable sauront bien se reconnaître ici.

DES

# VULVO-VAGINITES

## CHEZ LA PETITE FILLE

## LEUR TRAITEMENT

---

### INTRODUCTION

L'histoire des vulvo-vaginites des petites filles n'est entrée, à vrai dire, dans une phase scientifique, que depuis une trentaine d'années, depuis la découverte du gonocoque de Neisser.

Notre intention n'est pas de faire ici un exposé historique détaillé de la question qui se trouve déjà fait dans la plupart des traités ou dictionnaires et en particulier dans l'excellent article du professeur Epstein, dans le Traité de Grancher et Comby.

En somme les périodes de l'histoire des vulvo-vaginites peuvent se résumer brièvement de la façon suivante.

Les anciens, et jusqu'à la fin du dix-huitième siècle, connaissent mal les vulvo-vaginites de l'enfance. Ces « flueurs blanches », observées chez la fillette et parfois même chez

la nouveau née, sont attribuées par eux à un état général, à une précocité de la nature, analogue à la menstruation prématurée.

Cependant, déjà quelques auteurs pensent à la nature vénérienne de l'affection, mais en la rattachant plutôt à la vérole. C'est ainsi que le suédois Rosen (1) attribue la nouure ou rachitis aux flueurs blanches de la mère et qu'il la traite par les mercuriaux.

Ce même auteur, ainsi que James Storch (1732), que Ramel (1785), que Undervood (1786), rapporte des faits de flueurs blanches existant chez la mère et ses filles et de flueurs blanches héréditaires. Donc, tout en entrevoyant l'origine vénérienne de la maladie, ces auteurs manquent encore de données précises sur sa nature et son origine. Déjà cependant Undervood a signalé des flueurs blanches succédant à une maladie, comme la petite vérole, comme les affections pulmonaires.

Dans le courant du dix-neuvième siècle, sous l'influence des idées de Broussais et de Ricord, on arrive à distinguer la blennorrhagie et la syphilis, à distinguer les diverses variétés de vulvo-vaginites. On décrit les vulvites aphteuse (Parrot), phlegmoneuse, diphtéritique, impétigineuse, gangréneuse, syphilitique, catarrhale (Behrend), etc., etc. Descroizilles, en clinicien, compare la nature de l'écoulement dans un grand nombre de cas de vulvo-vaginites, à celle « des flux blennorrhagiques » (2).

Mais dans toute cette période, la vulvo-vaginite soulève surtout des questions médico-légales plutôt que thérapeutiques et on a tendance à voir dans les vulvo-vaginites vénériennes, des vulvo-vaginites par attouchement ou par viol.

---

(1) Edition française du Traité des maladies des enfants, 1792.

(2) Descroizilles, cité par Hutinel et Merklen.

Cette idée semble devoir être confirmée par les découvertes bactériologiques et par la présence du gonocoque de Neisser dans l'écoulement. Il faut arriver aux nombreux travaux plus récents de Aubert, Sée, Veillon et Hallé, Comby, Marfan, etc., en France ; à ceux de De Amicis, Fränkel, Israël, Sänger, Epstein, Seiffert, etc., à l'étranger, pour voir étudiées et approfondies toutes les causes de contagion blennorrhagique.

Enfin, dans ces dernières années, on a discuté la question de l'unicité des vulvo-vaginites. L'affection est-elle toujours due au gonocoque ? Doit-on distinguer des vulvo-vaginites spécifiques et des vulvo-vaginites dues à des infections banales ? Ce sont là des questions que nous examinerons en étudiant le traitement étiologique des vulvo-vaginites.

C'est en effet l'étude du traitement des vulvo-vaginites que nous avons en vue dans ce travail.

Le court exposé théorique que nous venons de donner est simplement destiné à montrer quelle difficulté on a eu avant d'arriver à une conception pathogénique vraiment scientifique de cette affection, beaucoup plus fréquente qu'on ne croit chez les petites filles.

Or, une thérapeutique devant être avant tout pathogénique, devant envisager, prévenir ou combattre toutes les causes qui interviennent dans le processus morbide, il est nécessaire de les connaître toutes afin d'instituer un traitement rationnel. Ces causes, comme nous le verrons, sont multiples et très variées. De là, la difficulté que l'on constatera dans cette thérapeutique avant d'obtenir la guérison. Les vulvo-vaginites sont en effet particulièrement tenaces chez la petite fille dans certains cas, comme on pourra le voir par quelques-unes des observations que nous donnons, recueillies dans le service de M. le professeur Baumel.

En outre de leur ténacité, de leur durée, elles peuvent

entraîner des troubles très divers, retentir sur les différents autres appareils ou organes, et il faudra alors parfois, devant une symptomatologie que l'on ne s'explique pas, savoir les chercher, les dépister, afin de connaître la cause première des troubles accusés, de la traiter et de pouvoir ainsi obtenir leur guérison.

Enfin, ces vulvo-vaginites sont parfois redoutables par quelques-unes de leurs complications. De là encore la nécessité d'une thérapeutique minutieuse et méthodique.

Telles sont, nous semble-t-il, les raisons importantes pour lesquelles nous avons cru devoir aborder cette question du traitement des vulvo-vaginites des petites filles.

Nous ferons, tout d'abord, un très court exposé clinique de la maladie. Nous étudierons ensuite son traitement. Déjà Rilliet et Barthez envisageaient dans ce traitement : 1° l'action contre toutes les causes susceptibles de causer, de favoriser ou d'entretenir la maladie ; c'est le traitement prophylactique en un mot ; 2° l'action curative.

Nous conserverons les grandes lignes de ce plan. Envisageant d'abord les causes de la maladie, nous étudierons le traitement étiologique et pathogénique, qui comprend : 1° la prophylaxie ; 2° le traitement local ; 3° le traitement général.

Nous aurons enfin à ajouter le traitement des complications : prophylaxie de ces complications, traitement curatif.

# CHAPITRE PREMIER

## ETUDE CLINIQUE

Les symptômes des vulvo-vaginites sont les mêmes d'une façon générale, quelle que soit la nature de l'affection.

*L'écoulement* est le plus important et c'est lui qui attire le premier l'attention le plus souvent.

Cet écoulement est d'aspect variable suivant les cas, suivant l'âge et la nature de la vulvo vaginite.

A la période aiguë, il est purulent ou séro-purulent, jaunâtre, ou jaune verdâtre, épais, adhérent aux tissus, empesant le linge. Il exhale alors une odeur fétide ; il se concrète en croûtes autour des lèvres de la vulve, qu'il accole l'une à l'autre et qu'il irrite. Dans ces conditions, il est alors généralement très abondant (Observation III). Mais dans les formes moins intenses, ou lorsque la maladie est passée à l'état chronique, on peut avoir tous les degrés intermédiaires jusqu'à ces écoulements pâles et irréguliers des formes les plus atténuées et qui passent longtemps inaperçues.

Avec l'écoulement, l'état de la vulve, du vagin, de l'urèthre et des parties avoisinantes sont des plus intéressants à noter.

Les grandes lèvres sont tuméfiées ; leur face interne est rouge, suintante ; l'écoulement muco-purulent forme des amas dans les replis de la muqueuse et entretient ainsi une irritation permanente qui se traduit par de la rougeur, des excoriations et des ulcérations. Cette macération est, comme

nous le verrons, une cause des plus importantes de la ténacité de la vulvo-vaginite et elle comporte dans le traitement les soins les plus minutieux.

L'hymen et le clitoris présentent des lésions identiques de même origine qui se propagent également à la muqueuse du vagin. On peut quelquefois par l'examen direct se rendre compte de l'état de cette dernière. Quand cet examen est trop difficile, l'écoulement qui se fait par l'hymen indique nettement la participation du vagin au processus inflammatoire. Pour le mettre en évidence on pourra faire forcer la malade, ou la faire tousser ou encore exercer une pression sur le périnée. On voit alors sourdre un peu de pus à l'orifice hyménal.

L'inflammation gagne les orifices des glandes de Bartholin et pourra déterminer des bartholinites. Dans les cas chroniques, on peut voir la muqueuse du vagin bleuâtre et présentant des saillies verruqueuses. Jacobi a signalé dans ces formes la possibilité d'une atrésie consécutive du vagin. Elle est signalée dans une des observations que nous publions (observation IV).

L'urètre est atteint dans un certain nombre de cas. On constate alors à l'examen au niveau du méat, de la rougeur due à l'éversion de la muqueuse. Plus rarement la pression fera sourdre une goutte de pus. L'inflammation de l'urètre se manifestera, d'ailleurs, par des troubles de la miction que nous retrouverons avec les symptômes subjectifs.

La partie interne des cuisses, les fesses, le périnée et l'anus sont parfois irrités par les sécrétions vulvaires et présentent des lésions diverses d'irritation : rougeurs, érosions, croûtes, etc. Ces lésions entraînent alors fréquemment des adénopathies inguinales.

*Troubles fonctionnels et subjectifs.* — Ils sont très variables suivant les cas.

Les lésions locales entraînent des démangeaisons, des sensations de brûlure ou de cuisson, que la marche, le mouvement exagèrent. Ces sensations amènent de la part de l'enfant du grattage et parfois des habitudes d'onanisme. Il faut se méfier cependant du dire des parents ou des personnes chargées de la surveillance qui pourront mettre sur le compte de l'onanisme les grattages fréquents dus uniquement au prurit souvent intense éprouvé par la fillette. Quoi qu'il en soit, ces grattages déterminent eux-mêmes de l'irritation, des lésions, de l'infection secondaire et il se crée ainsi un véritable cercle vicieux qui contribue puissamment à entretenir la maladie. De là il s'ensuit évidemment de nouvelles indications pour le traitement.

Les lésions locales de l'urètre entraînent des troubles de la miction. C'est de la douleur, lancinante, qui parfois aboutit à l'arrêt de la miction. L'enfant se retient, parce qu'elle souffre. On peut arriver même à observer une véritable rétention. D'autres fois, cette cuisson est beaucoup plus supportable et il faut que l'enfant soit assez grande pour accuser ce trouble quand on l'interroge.

Les troubles généraux sont assez fréquents, surtout au début de la maladie. On peut observer un peu de fièvre, avec céphalalgie, insomnie ou au contraire abattement ; quelques troubles digestifs, douleurs abdominales, constipation. Quelquefois ces vulvo-vaginites apparaissent chez des scrofuleuses, des anémiques, des chlorotiques. Cet état général favorise alors singulièrement la persistance des écoulements. Mais il ne doit pas leur être imputé.

Enfin, nous étudierons plus loin toutes les complications locales et générales que peuvent entraîner les vulvo-vaginites.

Nous les signalerons en même temps que nous indiquerons les moyens de les prévenir ou de les traiter.

*Marche de la Maladie.* — Il nous reste à nous demander comment évolue la maladie ?

La vulvo-vaginite a le plus souvent un début aigu avec écoulement abondant, purulent, avec cuisson, démangeaison, douleur à la miction, et s'accompagne alors fréquemment des troubles généraux que nous avons décrits. Cette période dure de deux à trois semaines auxquelles succède une phase subaiguë ou chronique.

D'autres fois, la maladie s'installe d'emblée sans grands signes, sans grand fracas, pouvant passer inaperçue chez des enfants mal surveillés. On s'aperçoit un jour, par hasard, de l'existence de flueurs blanches. L'écoulement est peu abondant, séreux ou séro-muqueux, intermittent. Il y a peu de réactions locales, pas ou presque pas de douleurs. Cependant ces formes chroniques sont susceptibles de présenter des crises paroxystiques au cours desquelles on observera les symptômes locaux ou généraux du début.

Enfin, il faut poser en principe, quelle que soit la forme ou l'évolution de la vulvo-vaginite, qu'*elle n'a spontanément aucune tendance à la guérison.*

Cette idée doit dominer l'étude du traitement afin de montrer quelle méthode pleine de minutie et de persévérance on devra suivre pour arriver à la guérison.

# OBSERVATIONS

## Observation Première

(Service de M. le professeur Baumel)

Augusta ...., 5 ans. Clermont-l'Hérault. Salle Lalande, annexe n° 11.

Entrée dans le service en octobre 1909 pour vulvo-vaginite.

L'écoulement remonterait au mois de juillet 1909.

L'enfant a d'abord été traitée chez elle ; on s'est décidé au mois d'octobre à l'envoyer à l'hôpital.

On n'a pas trouvé de gonocoques à l'examen du pus, mais des cocci d'infections secondaires.

On a commencé à donner une injection quotidienne au permanganate à 1/4000.

Depuis février on donne deux injections.

En mai on donne un bain par jour.

## Observation II

(Service de M. le professeur Baumel)

D... Elvire, 2 ans 1/2. Salle Lalande, annexe n° 13.

Entrée le 31 décembre 1909 pour vulvo-vaginite.

La mère a des pertes blanches. A été en traitement dans un service de gynécologie pour rétroflexion avec métrite et salpingo-ovarite.

Peu de renseignements sur le mode et la date de contamination.

Pas de gonocoques dans le pus.

Le traitement a dû être interrompu en mars pendant plus d'un mois à cause d'une bronchite.

Injections au permanganate à 1/4000.

On a commencé depuis une quinzaine de jours à baigner l'enfant.

### Observation III

(Service de M. le professeur Baumel)

Augustine G., 5 ans, Montpellier. Salle Lalande, n° 6.

Entrée en mai 1910 pour vulvo-vaginite.

Est malade depuis une quinzaine de jours. Ecoulement jaune verdâtre, très abondant. Parties génitales externes très rouges. Le linge est taché et empesé. La mère a des pertes blanches ; mais l'enfant ne couche pas avec elle : elle ne se sert pas des mêmes objets de toilette intime. Peu de renseignements sur contamination possible. On soupçonne l'enfant d'onanisme.

Gonocoques dans le pus.

*Traitement.* — Injections au permanganate à 1/4000. Bain quotidien.

### Observation IV

(Service de M. le professeur Baumel)

R... Anna, 15 ans. Salle Lalande, n° 10.

Souffre de la tête et du ventre. Pas réglée. Quelques

douleurs au creux épigastrique. Un peu de palpitations. Anémie. Un peu d'hypertrophie du corps thyroïde (lobe droit).

On prescrit digitale (teinture) 12 gouttes par jour

et Masse ferrugineuse de Blaud
Poudre de rhubarbe. . . . . } *aa* 0 gr. 10

L'examen local montre de l'écoulement séro-muqueux, un peu de rougeur des grandes lèvres, de l'atrésie très marquée de l'hymen et du vagin. Interrogée, l'enfant avoue avoir souffert en urinant il y a déjà plusieurs mois. On institue le traitement. Les douleurs abdominales ont disparu, l'écoulement est tari. On continue cependant les injections pendant quelque temps. L'enfant se plaint toujours légèrement de la tête.

## CHAPITRE II

### TRAITEMENT. — CONSIDÉRATIONS ÉTIOLOGIQUES ET PATHOGÉNIQUES

Une thérapeutique rationnelle et vraiment scientifique doit être basée sur l'étiologie et la pathogénie de la maladie. Aussi allons-nous rappeler brièvement les résultats des nombreux travaux élaborés dans ces dernières années et grâce auxquels nous sont connues aujourd'hui la nature des vulvo-vaginites, les modes de contagion, les causes qui favorisent cette contagion et qui sont de deux ordres : locales et générales. De ces considérations se déduiront d'abord les moyens d'éviter la contagion : ce sera le traitement prophylactique. Nous en retirerons ensuite, en nous aidant aussi de l'étude clinique, les indications du traitement proprement dit : traitement local, traitement général.

1° *Nature des vulvo-vaginites* — Nous avons vu dans le court exposé historique que nous avons fait, combien avait été discutée la nature des vulvo-vaginites, avant de les assimiler à la blennorrhagie. Nous avons vu qu'on les avait attribuées d'abord à un trouble de l'état général, puis qu'on les avait rattachées à la vérole, enfin qu'on avait décrit des vulvites au cours des maladies aiguës ou chroniques, variole, syphilis, scrofule, diphtérie etc., avant d'en arriver à la con-

ception bactériologique de la vulvo-vaginite due au gonocoque de Neisser.

Que faut-il conclure de ces opinions diverses ? Il y a dans chacune une part de vérité. Il y a lieu de distinguer tout d'abord une première série de faits dans lesquels il s'agit d'une infection, syphilis, aphte, diphtérie etc., localisée à la vulve et qui ne constitue qu'une vulvite et non une vulvo-vaginite pour laquelle il y aura lieu de recourir au traitement général de la maladie appliquée au cas particulier de la localisation. Ce ne sont pas ces faits que nous envisagerons.

Les vulvo-vaginites ont-elles toujours une origine blennorrhagique ? Non. Les microbes d'infection banale, staphylocoques, streptocoques etc. sont susceptibles de créer et d'entretenir une vulvo-vaginite. Cependant, dans la grande majorité des cas, on peut dire qu'il faut incriminer le gonocoque, alors même que l'on ne le trouverait pas à l'examen bactériologique des sécrétions. Il peut très bien s'y être trouvé à l'origine, avoir disparu ou même ne subsister que dans les parties profondes du vagin où on peut le retrouver comme l'ont montré certains auteurs.

Quant aux flueurs blanches que l'on attribuait au lymphatisme, à l'anémie, à la scrofule, à la chlorose etc., elles sont aussi de nature infectieuse, dues le plus souvent à la malpropreté locale et favorisées par l'état général de l'organisme qui se défend mal contre l'infection. En résumé les vulvo-vaginites ont toutes une origine infectieuse, souvent gonococcique, d'autres fois simplement banale.

2° *Mode de contagion.* — Comment se fait la contagion ?

Dans les vulvo-vaginites non gonococciques, l'infection est due aux germes les plus variés. Ce sont généralement des microbes saprophytes, hôtes habituels de la vulve et du vagin, qui sous une influence quelconque qui exalte leur

virulence ou qui diminue la résistance de l'organisme deviennent pathogènes. Un état de malpropreté, un traumatisme, l'onanisme, une maladie générale, fièvre éruptive, bronchopneumonie, etc., favorisent l'apparition de la vulvo-vaginite. On pourra trouver dans l'écoulement le staphylocoque, le streptocoque, le pneumocoque, etc.

Plus intéressant à rechercher à cause de sa diversité, de sa multiplicité qui le rendent parfois des plus difficiles à établir est le mode de contagion des vulvo-vaginites gonococciques.

Il y a la contagion directe et la contagion indirecte. La contagion directe est relativement rare, quoi qu'on en ait dit à une certaine époque où il aurait presque suffi de trouver des gonocoques dans l'écoulement d'une fillette pour accuser d'attouchements ou de viol tout porteur de gonocoques reconnu dans son entourage. On sait aujourd'hui de quelles précautions usent les médecins légistes avant d'affirmer qu'il y a eu contagion directe.

La contagion indirecte, mal connue jadis, est au contraire la plus fréquente. Elle suppose d'abord l'existence d'une affection blennorrhagique chez l'une des personnes qui vivent auprès de l'enfant. Ce peut être le père, la mère, les frères, sœurs, domestiques, etc. Il suffit que l'un d'eux soit atteint d'un écoulement aigu ou chronique, qui peut même leur paraître inoffensif, comme les pertes blanches du plus grand nombre des femmes, car les germes peuvent acquérir en passant chez l'organisme de l'enfant une virulence nouvelle et parfois intense.

Quant aux objets qui vont transporter le germe pathogène du porteur à l'enfant, ce sont le plus souvent les objets de toilette, ustensiles, vases, serviettes, éponges, les linges et l'eau.

Les objets de toilette intime, tels que serviettes ou épon-

ges ; l'eau qui aura servi au nettoyage vulvaire sont susceptibles, lorsqu'on en use en commun, de transmettre le gonocoque.

De même les vases de toilette ou les vases de nuit avec lesquels les parties génitales entrent en contact.

Les draps de lits tachés par des écoulements contagionneront facilement l'enfant.

Nous ne voulons pas insister plus longuement sur ces divers modes de contagion que l'on peut varier indéfiniment, mais sur lesquels il suffit de réfléchir pour les imaginer et les rechercher quand il le faudra.

Ils existent dans la famille, mais on conçoit facilement combien ils seront encore plus nombreux et plus grands dans les milieux d'agglomération, dans les pensionnats, dans les hôpitaux.

De cette étude découlent naturellement toute une série de considérations envisageant la prophylaxie de la maladie, c'est-à-dire les moyens d'éviter la contagion.

## CHAPITRE III

### TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE

Le traitement prophylactique doit remplir deux conditions : 1° il doit avoir pour but d'empêcher l'arrivée du gonocoque à la vulve de l'enfant ; 2° si cette contamination est déjà produite, il doit viser à empêcher la dissémination de la maladie et la contagion possible d'autres enfants.

La première de ces conditions répond donc plutôt aux mesures prophylactiques générales à prendre et plus spécialement dans la famille de l'enfant. La deuxième condition s'applique plutôt aux mesures de prophylaxie dans les agglomérations d'enfants : écoles, pensionnats, asiles.

Dans la famille de l'enfant, il faudra donc que toute personne atteinte de blennorrhagie, s'astreigne d'abord à un traitement énergique et soit autant que possible isolée de l'enfant. Il faut en un mot qu'elle sache qu'elle peut transmettre la maladie à l'enfant et, pour l'éviter, qu'elle prenne les mesures les plus rigoureuses.

La nouveau-née peut d'abord contracter la blennorrhagie si la mère est atteinte d'un écoulement. De là la nécessité de soins minutieux de toilette et de traitement pendant la grossesse et l'accouchement. De là aussi, après l'accouchement, la nécessité des mêmes soins préventifs pour la vulvo vaginite que pour l'ophtalmie gonococcique. Il faudra donc que les sages-femmes apprennent à prendre soin de

l'enfant, avant de faire la toilette de l'accouchée et, pour les soins ultérieurs, ne touchent jamais l'enfant sans s'être soigneusement désinfecté les mains. Epstein propose d'ajouter au premier bain que l'on donne à l'enfant, une substance antiseptique non nuisible, comme le permanganate de potasse. De même si l'enfant est atteint déjà d'ophtalmie blennorrhagique, il faudra prendre toutes les précautions pour ne pas transporter les sécrétions conjonctivales sur la vulve.

Pour les enfants plus grandes, il sera de toute nécessité qu'elles aient leurs objets de toilette intime, éponges, serviettes, vases de nuit qui leur soient absolument personnels. De même il faut que la mère atteinte d'écoulement n'ait de rapport avec ses enfants qu'après s'être au préalable désinfecté soigneusement les mains. Elle devra enfin ne pas faire coucher son enfant avec elle à cause de la contagion possible par les draps de lit.

Si ces précautions sont, comme on le voit, des plus minutieuses dans la famille, elles doivent l'être encore davantage dans les agglomérations, comme les écoles et surtout les hôpitaux.

Dans les écoles, l'isolement des fillettes atteintes de vulvo-vaginite n'a pas été institué. Il n'est pas, en effet, absolument nécessaire et les précautions doivent se réduire à une surveillance de la propreté individuelle et à l'hygiène des lieux d'aisance.

Dans les pensionnats, ces mesures doivent être plus rigoureuses. Ici nous répèterons ce que nous avons dit pour la famille, c'est-à-dire la nécessité des objets de toilette absolument personnels et la nécessité d'une propreté et d'une désinfection rigoureuse des cuvettes, des lieux d'aisance parfois communs. Il faudra veiller à l'échange possible des objets de toilette entre enfants.

Enfin, il sera de beaucoup préférable de confier les

enfants à leur famille pendant quelque temps ou de les isoler même pour pouvoir les traiter rigoureusement, quand on aura reconnu chez elles l'existence d'une vulvo-vaginite.

Ces mesures d'isolement s'imposent encore plus dans les hôpitaux, où les chances de contamination sont encore plus grandes. Elle peut se faire par les thermomètres, les canules à lavements, comme on en a vu des exemples. Ici la désinfection et l'emploi d'instruments individuels suffiront à éviter ces accidents. Mais les personnes qui soignent les malades peuvent transmettre le gonocoque, si elles n'observent pas une propreté rigoureuse de leurs mains.

Aussi Epstein conseille-t-il avec raison d'examiner chaque enfant entrant à l'hôpital au point de vue vulvaire et de l'isoler, si c'est possible, dès qu'elle a été reconnue atteinte d'un écoulement gonorrhéique.

En résumé, ces mesures prophylactiques, très nombreuses et très variées, peuvent se résumer dans : 1° l'emploi d'objets de toilette individuels ; 2° un isolement relatif des personnes ou des enfants atteintes de blennorrhagie soit pour éviter la contamination de l'enfant d'abord, soit pour éviter la dissémination de la maladie ensuite. En un mot, une idée doit présider à ces mesures. C'est la fréquence, comme le dit M. le professeur Baumel (1), beaucoup plus grande qu'on ne croit des affections génitales de l'enfant, due le plus souvent à une contagion venant des parents, qui ignorent les modes de cette contagion ; c'est ensuite la nécessité d'un examen vulvaire que doit pratiquer le médecin et que l'on ne fait pas souvent par un sentiment de fausse pudeur inexplicable. On pourrait ainsi trouver

(1) L. Baumel, Analyse du traitement médical des maladies des femmes par Robin et Dalché, *in Montpellier médical*, 10 juillet 1910.

l'origine de troubles divers qui demeure insoupçonnée et qui permet l'apparition de complications parfois graves, de lésions qui dureront toute la vie et enfin la contagion d'autres enfants. Toutes choses qui pourraient être évitées par la prophylaxie que nous venons d'étudier et par le traitement curatif que nous allons envisager à présent.

---

## CHAPITRE IV

### TRAITEMENT CURATIF

Le traitement curatif pour être efficace, avons-nous dit, doit s'inspirer de l'étiologie et de la pathogénie. Il devra donc avoir pour but d'abord la cause de la maladie qui est une infection locale. Ce sera donc avant tout un traitement local. Plus tard, envisageant les troubles généraux qui accompagnent la vulvo-vaginite, nous parlerons du traitement général. Mais le traitement doit non seulement lutter contre la cause de la maladie, mais aussi contre toutes les conditions qui la favorisent, qui l'entretiennent et qui retardent ainsi la guérison.

Telles sont les indications thérapeutiques. Quels sont les moyens de les remplir ?

A. Traitement local. — Il semblerait théoriquement qu'il y ait lieu de distinguer ici les vulvo vaginites, en vulvo-vaginites blennorrhagiques et vulvo-vaginites banales. L'agent d'infection, cause primordiale de la maladie, étant dans un cas un germe spécifique différencié, dans l'autre des microbes très variés, les moyens d'action devraient être conséquemment différents suivant les cas. En pratique, la distinction n'est pas aussi facile à établir. L'examen microscopique et bactériologique qui doit nous renseigner sur la nature de l'écoulement peut être parfois négatif en ce qui concerne le

gonocoque, sans qu'il soit prouvé qu'il ne faille pas incriminer ce dernier. Il peut, en effet, à un moment donné être cantonné dans les replis du vagin d'où il pourra entretenir l'écoulement sans qu'on le trouve dans celui-ci. D'ailleurs, ce n'est que dans les rares cas où on pourra être sûr qu'on a surpris la valvo-vaginite à son début, où l'examen microscopique aura montré l'absence du gonocoque, où le vagin ne paraît pas encore participer à l'inflammation, que l'on pourra se contenter de lavages antiseptiques et de nettoyage de la vulve. Ce traitement suffira si l'affection est prise au début, si l'examen répété ne décèle pas le gonocoque, si enfin il est appliqué rigoureusement. Mais quand il s'agira d'une inflammation dont on ne sait pas le début et qui est par conséquent plus ou moins ancienne, quand le vagin est pris, que l'on trouve ou que l'on ne trouve pas le gonocoque dans les sécrétions, il vaut mieux agir comme s'il y était et le traitement est donc le même pour toutes ces vulvo-vaginites.

Il consiste en lavages de la vulve et en injections intra-vaginales antiseptiques.

1° *Quelles sont les solutions employées pour ces lavages et injections ?*

Nous n'énumérerons pas la liste des médicaments qui ont été vantés et préconisés tour à tour dans le traitement de la blennorrhagie. Parmi eux, quelques-uns que nous retiendrons ont une réelle valeur.

Les sels d'argent, le nitrate d'argent en particulier, ont été beaucoup employés. Ils ont un pouvoir bactéricide vis-à-vis du gonocoque, très marqué. Mais pour que ce pouvoir se manifeste, il faut que le nitrate d'argent soit employé en solution concentrée à 1/100, à 1/50, ce qui le rend alors

caustique, douloureux et qui fait qu'il est difficilement supporté par les enfants.

Les sels organiques d'argent, surtout le protargol, ne présentent pas à un degré si marqué ces inconvénients. Aussi ce dernier est-il un médicament très conseillé par beaucoup d'auteurs, en concurrence avec le permanganate de potasse que nous étudierons tout à l'heure. Il est employé en solutions au centième ou au deux-centième.

Parmi les autres médicaments employés signalons le sublimé à 1/2000, l'oxycyanure de mercure à 1/1000, le sulfate de zinc, l'eau oxygénée, le sulfate de cuivre, l'alun, l'eau blanche etc., etc.

Mais le médicament qui est certainement préféré par la majorité des auteurs et des pédiâtres, en particulier par Laborde, Monod, Epstein, Comby, etc., est le permanganate de potasse. C'est lui que nous avons vu employer dans la clinique de M. le professeur Baumel.

Le titre des solutions varie suivant les auteurs de 0,25 à 1 et même 2/1000. Nous pensons que chez l'enfant on peut commencer avec des solutions faibles à 0,25 pour 1000 et augmenter progressivement si l'on constate l'insuffisance de ce titrage.

2° *Technique.* — La technique consiste en lavages de la vulve accompagnés d'injections intra-vaginales.

Les lavages et le nettoyage de la vulve ont une grande importance. Ils pourront être pratiqués avec la même solution qui servira pour l'injection.

Pour le lavage comme pour l'injection qui la suivra, la fillette sera placée sur une table recouverte de toile cirée avec un bassin au dessous pour recevoir l'eau, lorsqu'on n'a pas à sa disposition une table spéciale de gynécologie. La fillette sera couchée dans la position horizontale et on char-

gera un aide de lui tenir les jambes et les cuisses de façon à la maintenir dans la position dite gynécologique. Au bout de quelque temps d'ailleurs, les enfants prennent d'elles-mêmes cette position, ce qui dispense de la présence d'un aide.

On doit alors avec un tampon d'ouate hydrophile ou avec une compresse stérilisée trempée dans la solution de permanganate, procéder à un lavage méthodique des parties externes tout d'abord : face interne des cuisses, périnée, région anale, face externe des grandes lèvres ; ensuite il faudra nettoyer minutieusement la face interne des grandes lèvres, la région du clitoris et de l'hymen où les mucosités et le pus se logent dans les replis de la muqueuse, y entretenant, comme nous l'avons vu, une irritation continuelle, macérant et érodant cette muqueuse, ce qui est une cause de la persistance de l'infection.

Le lavage pratiqué minutieusement a donc une grande utilité.

Il doit être suivi de l'injection intra-vaginale. Celle-ci pourra être faite, comme le recommandent certains auteurs, avec une sonde molle de Nélaton en caoutchouc rouge n°s 10, 12, 14 suivant l'âge. Mais on pourra aussi se servir de petites canules en caoutchouc durci qui sont plus résistantes que les sondes de Nélaton tout en restant encore très souples et dont les dimensions sont très variées suivant l'âge. Ces divers instruments ne risquent pas de blesser l'enfant, même au cours d'un mouvement involontaire. Ils doivent être préférés pour cette raison aux canules en verre que l'on doit proscrire absolument chez l'enfant. Les canules ou les sondes seront individuelles ; on les stérilise facilement par l'ébullition et on les conserve dans l'intervalle des injections dans une solution antiseptique.

La canule ou la sonde dont on se sert peut être enfoncée sans inconvénient, jusqu'au fond du vagin, à la condition de

ne pas opérer brusquement, mais avec prudence et douceur, son introduction.

La quantité de liquide que l'on emploiera pour chaque injection sera variable suivant l'âge. Chez les grandes filles, au-dessus de 12 ans, on pourra donner 1 litre ; chez les fillettes au-dessous de cet âge, un demi-litre sera suffisant.

Il faudra donner deux injections par jour, à l'état aigu, et quand l'écoulement est abondant. Plus tard, quand il est beaucoup diminué, une seule injection.

Chez les fillettes, comme chez les femmes à qui on donne des injections, il faut avoir soin, pour que le liquide déplisse les parois du vagin et pénètre dans tous les culs-de-sac, d'appliquer les grandes lèvres l'une contre l'autre, au niveau de la fourchette, afin de retenir le liquide. Quand celui-ci remplit complètement le vagin, il reflue à la partie supérieure de la vulve ; on le laisse alors s'écouler en cessant de comprimer les grandes lèvres. L'injection une fois terminée, on déprimera aussi légèrement la fourchette, pour faire écouler complètement le liquide. Ces précautions ont évidemment ici moins d'importance, surtout chez les petites filles, que chez la femme, étant données les faibles dimensions du vagin et la musculature du périnée qui font que le liquide n'a pas de tendance à séjourner dans le vagin.

3° *Effets de l'injection.* — Le nettoyage de la vulve suivi d'une injection intra-vaginale a pour conséquence de faire pénétrer le liquide antiseptique dans tous les replis de la muqueuse qu'il débarrasse des produits de sécrétion. Il a ainsi une action d'abord et surtout mécanique. Mais, en outre, il entraîne les microbes qui se trouvent dans les mucosités et dans le pus, et enfin il lave et débarrasse les muqueuses des microbes qui se trouvent à leur surface. Il gêne ainsi

leur développement et a donc une action vraiment antimicrobienne.

Aussi on conçoit facilement que dans les vulvo-vaginites dues à des affections banales, ce traitement aura vite pour effet de diminuer et de tarir l'écoulement. Dans les vulvo-vaginites gonococciques, le microbe a plus de résistance, il s'enfonce profondément et il est plus difficile d'agir sur lui. Il donne lieu ainsi à des poussées nouvelles après des intervalles de guérison apparente. Aussi faut-il dans ces cas-là continuer longtemps le traitement, alors même que l'écoulement paraît avoir disparu.

4° *Soins secondaires.* — Nous désignerons ainsi toute une série de soins qui doivent accompagner le traitement par les injections. Ils n'en sont pas moins des plus importants, car ils sont destinés à lutter contre les diverses causes qui favorisent et entretiennent l'infection de la vulve. Nous avons vu que parmi ces causes, il fallait d'abord placer la configuration anatomique de la région, dans les plis et replis de laquelle s'amassent les produits de sécrétion. Les lavages et injections sont destinés à lutter contre cet inconvénient. Mais il faut tenir compte ensuite de l'état de propreté générale de l'enfant, qui laisse souvent à désirer. Et aussi les produits de sécrétion irritent la région vulvaire et périnéale, produisent des érosions et des ulcérations, qui par la douleur et la cuisson qu'elles déterminent, excitent l'enfant à se gratter, d'où irritation et lésions nouvelles, ce qui constitue, comme nous le disions en fin de compte, un véritable cercle vicieux.

Comment agira-t-on sur ces divers facteurs ? Tout d'abord contre la malpropreté générale ou locale, les bains généraux seront naturellement prescrits. Ces bains tièdes auront en outre pour effet, surtout si on les additionne de son ou

d'amidon, d'être émollients et de calmer l'irritation locale. Aussi les conseillerons-nous selon les indications de M. le professeur Baumel.

En outre contre les érosions et les ulcérations de la vulve et des cuisses on pourra dans la journée faire quelques lavages avec des solutions antiseptiques faibles comme l'eau boriquée. Il faudra aussi appliquer sur la vulve un pansement qui aura pour effet de calmer la cuisson, d'agir par un antiseptique léger sur les ulcérations ou les érosions et de les préserver enfin d'infections secondaires ou des contacts irritants des vêtements et enfin d'empêcher les grattages.

Ces pansements consisteront en applications de corps gras, vaseline boriquée, vaseline à l'oxyde de zinc au 1/10e, compresses de coton hydrophile, maintenus en place par un bandage en T. On se trouve très bien généralement de ces pansements, ainsi que nous l'avons constaté dans le service de M. le Professeur Baumel.

Quand il y a des indications plus spéciales, on pourra recourir à des pansements humides, dans les cas de vulvite intense avec rougeur et hypertrophie des grandes lèvres; ou à des antiseptiques en poudre, iodoforme, ektogan, quand il y a des ulcérations qu'il faut sécher. Il faudra enfin éviter la marche, qui entretient par frottement de l'irritation de la région et recommander un repos relatif. Ces soins corroborent d'une façon remarquable le traitement par les injections, et étant données leurs indications, ils ne sont nullement négligeables. Ils sont réellement indispensables. Mais ils ne sont pas encore toujours les seuls à envisager.

B. *Traitement général.* — Le traitement général a aussi une réelle importance. D'abord parce que l'état général de l'organisme favorise l'évolution et la persistance de la maladie. Nous ne reviendrons pas sur les opinions pathogéniques

des anciens et sur la fréquence des flueurs blanches chez les petites filles, lymphatiques, anémiques, chlorotiques, scrofuleuses, etc. Il est donc de toute nécessité, lorsque ce sera indiqué, d'agir sur cet état général afin d'exciter les fonctions de réaction et de défense de l'organisme.

Ces indications seront différentes suivant les cas. Nous nous contenterons de signaler l'emploi du fer, du quinquina, des arsenicaux chez les anémiques, les chlorotiques, etc. Chez les lymphatiques, les scrofuleux, la médication iodée sera indiquée et on se trouvera bien, chez les petites filles, du sirop de raifort iodé.

Mais ce ne sont pas là les seules indications fournies par l'état général. Nous avons vu, en étudiant la maladie au point de vue clinique, que le début, parfois aigu, pouvait s'accompagner de malaise général, céphalée, anorexie, troubles digestifs, fièvre, etc. Il sera donc prescrit dans ces cas-là de tenir l'enfant au repos au lit, d'instituer le régime lacté s'il y a des troubles digestifs, de donner un peu de quinine ou d'antipyrine contre la fièvre et la céphalée. A ce moment, il faut aussi, comme nous allons le voir, surveiller les complications.

## CHAPITRE V

### TRAITEMENT DES COMPLICATIONS

Il n'est pas dans le cadre de cette étude d'étudier d'une façon détaillée le traitement des complications des vulvo-vaginites, dont certaines demanderaient un volume à elles seules. Nous ne voulons qu'indiquer brièvement les plus fréquentes et les plus graves de ces complications afin de savoir surtout comment on peut et on doit les éviter, comment on doit les traiter lorsqu'elles se sont produites.

En les envisageant donc au point de vue clinique, nous avons déjà vu que l'urétrite compliquait très fréquemment la vulvo-vaginite. Son traitement ne comporte guère d'indication spéciale et on a pu dire avec justesse que l'urètre de la femme était chose négligeable. En traitant la vulvo-vaginite, on traite l'urétrite. Il n'en est pas de même lorsqu'il y a des phénomènes de cystite. On peut alors recourir aux instillations de protargol ou de nitrate d'argent, aux lavages au permanganate ou à l'oxy-cyanure de mercure. Pour calmer la douleur souvent intense, les cataplasmes, les applications tièdes sur la région du pubis seront indiqués. Il faudra quelquefois y ajouter des suppositoires ou des lavements pour lutter ou contre la douleur ou contre la constipation. On pourra enfin donner des diurétiques (tisanes) et des antiseptiques urinaires (benzoate de soude, urotropine, etc.).

La péritonite gonococcique est aussi très fréquente chez

la petite fille. Il faut la combattre par le repos au lit, le régime lacté, les applications de glace sur le ventre ou des compresses de Priessnitz. On pourra également donner un petit lavement ou placer des suppositoires. Généralement ces péritonites ou pelvi-péritonites cèdent au bout de quelques jours et le traitement de la vulvo-vaginite amène leur disparition définitive.

A côte de la péritonite ou pelvi-péritonite se rangent les métrites, les salpingo-ovarites qui peuvent aussi revêtir une allure aiguë mais qui entraîneront parfois des lésions définitives des organes qui persisteront pendant toute la vie génitale, en prenant alors un caractère plus intense.

A titre de complications locales, nous signalerons encore les bartholinites, les rectites, les adénopathies. Enfin, il faut citer la complication à distance de l'ophtalmie gonococcique.

Les complications générales sont plus fréquentes peut-être qu'on ne le croit communément. La gonococcémie, les endocardites, les pleurésies, le rhumatisme polyarticulaire ont été observés chez les petites filles. Aussi importe-t-il de prévenir ces complications dont quelques-unes sont redoutables par le traitement méthodique et précoce de la vulvo-vaginite.

Quant au traitement proprement dit de ces complications, il ne comporte rien de bien particulier.

On traitera la gonococcémie comme toutes les infections générales ; il n'y a pas de thérapeutique spécifique, pas de sérum antigonococcique dont l'efficacité soit à l'heure actuelle reconnue de tous. De Christmas a essayé un sérum sur la chèvre : il n'a pas obtenu de grands résultats. On soutiendra l'état général par des toniques, injections de sérum, de métaux colloïdaux.

Il en est de même pour les endocardites où il faudra se borner à soutenir le cœur par la digitale (sous forme de

teinture chez l'enfant : une goutte par année d'âge à partir de deux ans).

Dans le rhumatisme, le salicylate de soude ne donnera pas grand résultat. On donnera des diurétiques, des désinfectants généraux et urinaires. On pratiquera le traitement local. C'est, en effet, ce dernier qui constitue à la fois le traitement prophylactique des complications et aussi leur traitement curatif, car il est seul capable de lutter contre la cause primitive de ces complications.

C'est encore lui qui permettra de prévenir les complications tardives telles que métrite, salpingites, salpingo-ovarites, que l'on peut observer chez la jeune fille et chez la femme et auxquelles il faut reconnaître, dans certains cas, une origine lointaine remontant parfois à une vulvo-vaginite de l'enfance.

## CONCLUSIONS

I. — Les vulvo-vaginites de l'enfance, longtemps méconnues et négligées, méritent cependant d'être surveillées et traitées à cause de leur fréquence, de leur ténacité, des troubles parfois graves qu'elles entraînent et dont on méconnaît l'origine, et des lésions durables qui peuvent troubler plus tard la vie génitale de la femme.

II. — Le traitement doit être basé sur l'étiologie et la pathogénie. Il doit envisager :

1° L'agent d'infection, cause essentielle. A ce point de vue, il y a lieu de distinguer les vulvo-vaginites non gonococciques et gonococciques. En pratique, la différence est moins aisée à établir, et le traitement peut être envisagé en général pour toutes les vulvo-vaginites. Les succès seront pourtant plus rapides dans les vulvo-vaginites non gonococciques.

2° Les causes qui favorisent et entretiennent l'infection, telles que malpropreté, irritations locales, grattages, frottement, etc. ;

3° L'état général.

III. — De ces considérations découle d'abord le traitement prophylactique qui envisage d'abord les moyens d'empêcher l'enfant de se contaminer et ensuite les moyens d'éviter la contagion d'autres enfants. Ce traitement doit être étudié dans la famille et dans les milieux d'agglomération.

IV. — Le traitement curatif proprement-dit est à la fois local et général. Il comprend localement les lavages, injections intra-vaginales, bains tièdes, pansements, régime etc. Le traitement général porte sur les troubles occasionnés par la maladie elle-même à sa période aiguë ou qui favorisent l'éclosion et l'évolution de la maladie.

V. Enfin le traitement envisage la prophylaxie et l'action contre les diverses complications dont quelques-unes comme la gonococcémie, les endocardites sont des plus graves.

---

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 21 juillet 1910.
*Le Recteur*,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 21 juillet 1910.
*Pour le Doyen*,
L'Assesseur délégué,
G. SARDA.

# BIBLIOGRAPHIE


AMICIS (DE). — Rivista clinica e therapeutica, mars 1884.

— France Médicale, 2 août 1884.

ANDRIEU. — Thèse de Montpellier, 1898.

AUBERT — Gonorrhaea insontium. Lyon médical, 26 octobre 1884.

— Etiologie des vulvites blennorrhagiques chez les petites filles. Lyon Médical, 16 août 1891.

BARRIER. — Traité pratique des maladies de l'enfance, tome II.

BARTHEZ et RILLIET. — Traité des maladies de l'enfant.

BAUMEL (L.). — Précis des maladies des enfants, 1904.

COMBY. — Etude sur la vulvo-vaginite des petites filles. — Bulletin de la Société Médicale des hôpitaux de Paris, 1891. — Semaine Médicale, 1891.

COMBY. — 150 Consultations pour les maladies des enfants, 1910.

DESCROIZILLES. — Pathologie et Clinique infantile, 1891.

— Archives de Tocologie, 1884.

DAPHNIS. — Thèse de Montpellier, 1902.

EPSTEIN. — Article « vulvo-vaginite » in Traité Grancher et Comby.

HUTINEL et MERKLEN — Les Maladies des enfants.

JACOBI et JOBSON. — Med. and surgical Reporter, Philadelphie, 1888.

LABORDE. — Thèse de Paris, 1896.

MARFAN. — Revue mensuelle des maladies de l'enfant, mars 1897.

MONOD. — Traitement de la vulvo-vaginite par le permanganate de potasse. — Province Médicale, 15 octobre 1893.

VEILLON et HALLÉ. — Archiv. de Méd. expérimentale, mai 1896.

MARFAN et DEBRÉ. — Quinzaine médicale, 15 juillet 1910.

# SERMENT

*En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !*